Post-partum

Température Phlébite Surveillance Rééducation

Post-partum = Période qui va de l'accouchement jusqu'au retour de couches (= 1ères règles normales)

Surveillance clinique

- **SUITES DE COUCHES**
  - **En salle de travail**
    - Surveillance obligatoire en salle de travail pdt les 2 premières heures après l'accouchement
      - **Pouls, TA, coloration cutanée, T°C** ttes les 1/2 h
      - **Saignement vaginal** à quantifier, **Globe utérin** tjs tonique
  - **En chambre**
    - **Température Pouls et TA** (2 fois par jour)
    - **Palpation quotidienne des mollets** (douleur, œdème, Homans, chaleur, ↓ ballotement)
    - Lever précoce (6°-8°h), bas de contention si mauvais réseau veineux, parfois HBPM si patiente à risque
    - **Perte sanguine à quantifier surtout le 1er jour**
      - si perte > 500 cm3 => hémorragie de la délivrance
    - **Involution utérine** : palpation quotidienne afin de surveiller l'involution utérine (localisation, consistance, dl ?)
      - J1 : utérus ombilical, J7 : mi distance pubis-ombilic[Q+], J 15 : ne dépasse plus symphyse pubienne ; Utérus dur et sous ombilical
      - J6 **:** col ouvert au max à 1 doigt ; J15 : col fermé
    - **Possibilité de contractions utérines peu douloureuses** (appelées « tranchées ») surtout chez multipares et lors des tétées (ocytocine), les 2 à 3 premiers jours. Physiologiques, inconstantes, elles cèdent aux antispasmodiques si intolérables
    - **Les lochies** = écoulement vulvaire d'origine utérine : abondance, odeur, aspect (caillots, purulents, trop saignant pr la date)
      - Les premiers jours : sanglantes et fluides (sang non coagulé)
      - Fin de la première semaine : rosées, sérosanguinolant
      - Séreuse jusqu'à J 15 où elles se tarissent normalement
      - Vers le 15ième[Q] jours : « **petit retour de couche** »[Q] inconstant (recrudescence de l'écoulement, + abondant et sanglant, pendant 24 – 48 h ; correspondant à la chute de l'escarre provenant de la zone d'insertion du placenta)
    - **Seins** = palpation, surveillance, recherche montée de lait vers J3-J4 => cf
    - **Cicatrices de césarienne ou d'épisiotomie** (doit rester propre et sèche +++)
    - **Fonctions sphinctériennes**
      - **Rétention urinaire :** vérifier la possibilité d'uriner ds les h qui suivent l'accouchement.
      - **IU d'effort**, parfois **incontinence anale**
      - **Constipation** est fréquente
      - **Crise hémorroïdaire** ds les 8 premiers jours (congestion veineuse, constipation, effort expulsif +++) : veinotonique + antiinflammatoires locaux
    - **Evaluation de la relation mère enfant** : post-partum blues[Q], psychose puerpérale (risque d'infanticide)
    - **Information individuelle, éducation de la mère (données de base de puericulture),** surtout si 1er enfant
    - **Contraception**
      - En tenant compte de **l'hypercoagulabilité au cours des 2ères semaines**[Q+] **et de l'allaitement ou pas** (passage des stéroïdes dans le lait maternel) :
        - ***Contraception locale :*** préservatifs et spermicide (à privilégier les 15 premiers jours)
        - ***Oestroprogestatifs minidosés*** débutés 15 jours après accouchement chez les femmes qui n'allaitent pas
        - ***Progestatifs purs microdosés*** chez les mères qui allaitent dès leur sortie de la maternité
        - ***DIU*** : possible qu'après retour de couches
    - **Prévoir la prévention rhésus** en cas de mère Rh- et enfant Rh+ par Ig anti D ds les 72 h.

- **RETOUR DE COUCHES ET EXAMEN POSTNATAL**
  - **Retour de couches = 1ères règles normales**
    - ***En l'absence d'allaitement*** : surviennent de **6 sem à 12 sem** après l'accouchement
    - ***Si allaitement*** : peut être retardé jusqu'au **5e mois** (mais l'allaitement n'empêche pas ni l'ovulation, ni la fécondation) !!!
  - **Examen postnatal obligatoire** (au 2e mois après l'accouchement)
    - **Examen général** : poids, PA, examen cardio-pulmonaire, muscles abdo, seins
    - **Examen gynéco** :
      - Vulve et périnée : cicatrices (épisiotomie, déchirures…), dyspareunie ?, recherche prolapsus et IU d'effort
      - Spéculum : frottis de dépistage, ectropion cervical assez fréquent
      - TV : orifice cervical déhiscent, corps utérin de taille normale
      - Testing des releveurs
    - **Vaccination contre la rubéole si non immunisé**
  - **Rééducation périnéale** (10 séances remboursées)
  - **Contraception**
  - **Vécu de l'accouchement, de l'enfant…**

Complications

- **DES SUITES DE COUCHES**

Hémorragie de la délivrance

Infections puerpérales

- Germes : strepto, staph, colibacilles
- Origine : voies génitales et aire placentaire avec propagation par voie canalaire, veineuse et lymphatique
- Favorisées par : toxémie, anémie, accouchement long, rupture prolongée des membranes, hémorragie de la délivrance, manœuvres endo-utérines, césarienne
- Prévention : dépistage + ttt infections génitales, asepsie de l'accouchement et des suites de couches, nbre min de TV nécessaire
  - **ENDOMETRITE PUERPERALE**
    - Qq jours après l'accouchement (J3-J4)
    - **Signes généraux** : 38 – 38,5°, élévation FC +/- AEG
    - **Lochies abondantes fétides** (=>bactério ++)
    - **Mauvaise involution =** Utérus gros, mou, douloureux, avec col ouvert
    - **Signes négatifs** : culs-de-sacs libres et indolores, seins ⊥, ECBU –
    - **Bilan :** NFS (HLPN), VS élevé, Prelevement bacterio (lochies, endocol), ECBU
    - Diagnostic difficile dans formes frustres et formes hémorragiques (Dc ≠tiel avec rétention placentaire)
    - **TTT** = ATB + utéro-toniques (Méthergin[Q+])
      - Amoxicilline + Metronidazole ou Amoxicilline + Ac.clavulanique
  - **COMPLICATIONS DE L'ENDOMETRITE**
    - **Pelvipéritonite des suites de couches => extension au paramètre, trompes, péritoine**
      - Vers la fin 1ère semaine, suite à endométrite méconnue non traitée, aggravation des signes généraux : 39 – 40°
      - Douleurs pelviennes intenses, état sub-occlusif, défense sus-pubienne
      - TV : utérus bloqué et douloureux, culs-de-sac vaginaux empâtés et douloureux
    - **Collections suppurées secondaires à l'endométrite** (abcès du Douglas, phlegmon du ligament large…)
    - **Péritonites généralisée** (exceptionnelles)
    - **Thrombophlébites pelviennes suppurées** des troncs veineux latéro-utérins secondaires à l'endométrite
      - **Signes généraux inquiétants** : fièvre désarticulée avec frissons
      - **Signes de phlébite pelvienne** : **douleur latéro-utérine**, **empâtement** ou **cordon** unilat **douloureux**
    - **Septicémies puerpérales** (gravissimes) compliquant une thrombophlébite pelvienne suppurée
      - Syndrome général grave : fièvre ++ avec frissons, tachycardie, prostration, faciès septique
      - HAA

Maladie thrombo-embolique veineuse

- **Facteurs favorisants** : stase veineuse, augmentation de la masse sanguine, hyperpression veineuse des MI, hypercoagulabilité sanguine, sédentarité, anémie, infection
- **Signes pelviens** (la thrombose débute au niveau des veines pelviennes en général) : Troubles urinaires (pollakiurie, gêne à la miction, cystalgie), troubles digestifs aspécifiques
- **Signes cruro-jambiers unilat** : pesanteur, tension, fourmillement, crampes musculaires, douleur du mollet, examen du mollet
- **Signes généraux** : tachycardie, puis décalage thermique, angoisse
- **Signes thoraciques à rechercher** : sensation de constriction thoracique, accès d'angoisse, point de côté brutal, EP peut être inaugurale (et fatale si massive) => ECG, Rx Thorax, Echodoppler Veineux

Troubles psychologiques Q 248

- **« Post-partum blues »[Q]**
  - Très fréquent (50 % des accouchées) : tristesse, irritabilité, tble du sommeil au 3ième jour svt contemporaine de la montée laiteuse[Q+] ou de difficultés à l'allaitement

- **Dépression du post-partum**
  - 10 à 15 % des cas, début + tardif : vers 4 – 6 sem après l'accouchement
  - Pleurs, labilité de l'humeur, sentiment de découragement, difficultés d'endormissement
  - Sont caractéristiques : sentiment d'incapacité à s'occuper de l'enfant, absence de plaisir à faire les soins, agressivité vis-à-vis de l'entourage familial et principalement du conjoint
  - Dépistage précoce ++ pour prise en charge adaptée et éviter troubles du comportement et retards d'acquisition chez l'enfant

- **Psychose puerpérale**
  - 0,2 % des naissances, état confuso-onirique aigu brutal, 12 – 15 jours après l'accouchement
  - Confusion avec désorientation, troubles de l'identification des proches + manifestations oniriques (avec tableaux inquiétants voire terrifiants).
  - Parfois apparition d'un état mélancolique ou d'un état pseudo-maniaque
  - Evol : risque de ***suicide ou d'infanticide***
  - Ttt = isolement en milieu psychiatrique, en général guérison totale à distance

- **DU RETOUR DE COUCHES**
  - **Hémorragies**
    - **Endométrite** en général, **Rarement rétention placentaire** (a minima)
    - Réaliser une **échographie** (échos intrautérins : placenta ou caillot ?), **pas de curetage** (risque de synéchie, perforation,…), à traiter par **ATB et utérotonique**.
  - **Aménorrhée**
    - Absence de règles **3 mois** après accouchement en absence d'allaitement, **5 mois** après si allaitement
      - GROSSESSE **(!)**
      - AMENORRHEES SANS DECALAGE THERMIQUE
        - **Anovulation par inertie hypothalamo-hypophysaire transitoire**
          - Pas de bouffées de chaleur, FSH et oestrogènes bas, endomètre atrophique
          - Cycle menstruel se remet le + svt spontanément en place
        - **Aménorrhées d'origine ovariennes**
          - Bouffées de chaleur, FSH élevés et stéroïdes ovariens effondrés, endomètre atrophique
          - Seul ttt possible = cycle artificiel => en général réversible mais peut être un début de ménopause précoce
      - AMENORRHEES AVEC COURBE THERMIQUE BIPHASIQUE : synéchie utérine totale secondaire à une manœuvre endo-utérine (curetage intempestif en post partum) : Sd d'Asherman
      - SYNDROME DE SHEEHAN (rare)
        - **Nécrose ischémique hypophysaire** (secondaire à une hémorragie grave non compensée survenue lors de l'accouchement ou de la délivrance)
        - **Pan-hypopituitarisme +/- complet** en fonction de l'étendue de la nécrose : Agalactie (pas de montée laiteuse), aménorrhée, atrophie génitale, insuffisance thyroïdienne, insuffisance cortico-surrénalienne (asthénie profonde, hypoglycémies), **PAS de cachexie**
        - Tableau souvent dissocié
        - Ttt = hormonothérapie substitutive
        - **Prévention** +++ = prophylaxie des hémorragies obstétricales, compensation exacte et rapide de tte spoliat° sanguine

*Allaitement et ses complications*Q+

- **PHYSIOLOGIE**
  - **Pendant grossesse, préparation à la lactation par** :
    - Hormone placentaire lactogène HPL (trophicité mammaire)
    - Œstrogène (dvpt cx galactophores)
    - Progestérone (croissance acini glandulaire mais blocage de la sécrétion lactée, inhibition de la Prolactine
  - **Accouchement** : Chute importante des oestro et progest entrainant la levée du rétrocontrôle négatif hypothalamique (PIF) et augmentation de la secétion de Prolactine = hyperprolactinémie.
  - **Entretien de la sécrétion lactée** :
    - **Réflexe neuro-hormonal** : Succion => hypothalamus => prolactine (hypophyse ant, action sur sécrétion par les acini) et ocytocine (hypophyse post, contraction des fibres musculaires et évacuation)
    - **Secondairement autonomisation de la glde mammaire** : la simple vidange des acinis suffit à maintenir la lactation. L'axe hypothalamo-hypophysaire n'intervient plus. Disparition de l'hyperprolactinémie au 3ième mois.
- **MODALITES**
  - **Mise en route dès que possible**, en salle d'accouchement, pour favoriser montée laiteuse
    - Installation confortable, alterner les seins, tétée lorsque enfant réclame, laisser < 20 min chacun
  - **Montée laiteuse : vers 3e – 4e jour**
    - Elévation thermique modérée (38 – 38,5°), gonflement des seins
    - Délicat car enfant exigeant alors que sécrétion lactée commence à s'installer => soutien de la mère pour éviter le découragement
    - Les premiers jours : 7 à 9 têtées puis ensuite stabilisation à 6 têtées / jour => horaire souple ! !
  - **Hygiène** : Lavage des mains, nettoyage mamelons au sérum phy avant/après tétée, alimentation équilibrée, laitages, boissons
  - **Pas d'OH, pas d' excitants, pas de tabac,**
  - **Attention médicaments**
- **BENEFICES**
  - **Colostrum** (précédant montée laiteuse) : Valeur nutritive +++, facile à digérer/assimiler, riche en Ac =IgA => lutte contre infections, favorise la mise en route du transit intestinal
  - **Lait maternel** (à partir du 4ème jour) : Composition parfaitement adaptée (+ pauvre en ptn, + riche en sucre), digestibilité parfaite, protège des infections dig et respi, recommandé chez enfant de ptt poids et particulièrt chez préma
  - **Bénéfice psychologique, ms nécessite motivation => à conseiller sans imposer**
- **INHIBITION DE LA LACTATION**
  - **Si allaitement non souhaité => dès le jour de l'accouchement** :
    - Inhibiteur de la prolactine (bromocriptine, Parlodel*, Norprolac*) 2 cp/jour pendant 3 sem
    - Fractionner les prises les 1ers jours de ttt pour éviter ***sensations vertigineuses***
  - **Si inhibition de la lactation est nécessaire après montée laiteuse :**
    - Vidange + compression mammaire + restriction hydrique + diurétique (Lasilix 1 cp/j pdt qq j)
    - +/- Parlodel 3 cp/j 3 sem = totalement inefficace si après autonomisation de la glde mammaire
  - **Si allaitement => arrêt spontané**

- **CI A L'ALLAITEMENT MATERNEL**
  - Maternelle : Maladie infectieuse, affection dermato du mammelon, tble psy (psychose puerpérale), médicament CI chez la mère
  - Enfant : fente palatine, Anomalie du tube digestif ; déconseillé en cas d'incompatibilité foetomaternelle avec Mie hémolytique

- **COMPLICATIONS**
  - **Complications non infectieuses**
    - **CREVASSES DU MAMELON**
      - Douleurs vives lors des tétées associées parfois à des saignements
      - Fissures ou érosions radiées des mamelons qui apparaissent dès les premiers jours de l'allaitement
      - **Soins locaux** : antiseptiques, pommades cicatrisantes, « bouts de sein » pour éviter transitoirement contact direct ou parfois sein au repos pdt 12 h avec vidange par massage manuel ou tire-lait
      - **Ttt surtt préventif** : Education (afin d'éviter récidives et complications) : têtées courtes, hygiène rigoureuse (nettoyage avt/après au sérum physiologique), soutien gorge en coton
    - **ENGORGEMENT MAMMAIRE**[Q]
      - Vers 3e jour du post-partum, en général associé à retard de montée laiteuse que la femme tente de favoriser par boissons trop abondantes => seins tendus, durs et douloureux, se vidant mal
      - **Ttt est local** : vider les seins sous une douche d'eau chaude[D], antiinflammatoires locaux, petites doses d'ocytocine en IM[D] avant les tétées pour améliorer excrétion lactée, en dernier recours : tire-lait électrique

  - **Complications infectieuses**
    - **LYMPHANGITE AIGUË DU SEIN**[Q]
      - Complication secondaires à crevasses du mamelon en général
      - Fièvre élevée 40° + frissons + sein inflammatoire douloureux avec placard lymphangitique rouge avec traînées inflammatoires[Q] se dirigeant vers l'aisselle, sans induration sous jacente, adénopathie axillaire
      - Ttt anti-inflammatoire, soins locaux (compresses alcoolisées, cataplasmes à l'antiphlogistine) (+/- si besoin ATB antistaph)
      - L'allaitement peut être continué[Q+] (le lait est propre)
    - **GALACTOPHORITE**
      - Le lait est purulent => arrêt allaitement, antibiotiques
    - **ABCES DU SEIN**
      - Constitution par voie canalaire à partir de crevasses négligées du mamelon
      - **Phase de galactophorite (présuppurative)**
        - **Tension douloureuse du sein**, temp 38°, pas d'ADP, signe de Budin + (issue de lait mélangé à du pus laissant une tâche jaune sur la compresse) => prélèvement du pus pour bactério (staph aureus le + svt)
        - Ttt = Arrêt de l'allaitement (Parlodel 3 cp/j 3 sem), ATB (anti staph), Anti-inflammatoires
      - **Phase de mastite aiguë**
        - **Douleurs vives**, AEG, température oscillante, sein très sensible avec **noyau dur exquisément douloureux**, ADP satellite
        - **Pas d' ATB** (Risque de passage vers abcès chronique) => attendre que abcès « murisse » et se collecte
      - **Phase de suppuration-collection (abcès)**
        - **Douleurs lancinantes pulsatiles insomniantes, temp 40°,** Hyperleucocytose à PNN
        - **Ramollissement** du noyau + modifications de la **peau** en regard (**rouge, succulente**) (signes **tardifs**)
        - Ttt **chir : incision + mise à plat + drainage**

  - **Anomalies de la sécrétion lactée**
      - **Insuffisances de sécrétion** :
        - **Agalactie** totale (exceptionnelle, Sheehan)
        - **Hypogalacties** (facteur **psychiques** prepondérants (émotion, tendance dépressive), asthénie auxquels se surajoutent des facteurs **alimentaires** ou d'**anomalie mammaire**
      - **Excès de sécrétion** : hypergalactie n'est **pas pathologique** (incitation au don au Lactarium)

Modifications physiologiques et anatomiques des suites de couches (HP)

- **RETOUR A LA NORMALE DE L'APPAREIL GENITAL**
  - Involution utérine
  - Régénération de la muqueuse endométriale
  - Modification du vagin et des OGE

- **MODIFICATIONS DE L'ORGANISME DANS LE POST-PARTUM**
  - Disparition de l'imprégnation hormonale gravidique :
  - Oestrogènes réapparaissent à partir du 25e jour (reprise d'un cycle ovarien)
  - Progestérone réapparait lors de la reprise d'un cycle ovulatoire (après le retour de couches le + souvent)
    - => hypotonie des voies urinaires et des voies biliaires
    - => hypercoagulabilité (↑° fibrinogène, ↑° facteurs de coag, stase veineuse, œdème gravidique, ± anémie, sédentarité)

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat 2000, Cours Fac, KB de Gyn-Obs, QCM intest 2000